



DECLARACIÓN TESTIMONIAL DEL ASPIRANTE APPLICANT'S STATEMENT OF ATTESTATION

State Form 53419 (12-07) / CW 0025S
Formulario del Estado 53419 (12-07) / CW 0025S

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL NIÑO
402 West Washington Street, Room E306, MS47
Indianapolis, IN 46204

- INSTRUCCIONES:**
1. El aspirante a una licencia IC 12-17.4 debe completar esta declaración.
 2. Anexar la copia blanca y amarilla a la aplicación de la licencia.
 3. El aspirante debe guardar la copia rosada.

Yo, _____, afirmo(a) bajo pena de perjurio que la declaraciones siguientes son verdaderas:
(Nombre impreso del aspirante)

1. No he sido condenado por un crimen.
2. No he sido condenado por un delito menor relacionado a la salud y la seguridad de niños.
3. No he sido acusado de cargos por un crimen durante el estado de pendiente de esta aplicación.
4. No he sido acusado de cargos por un delito menor relacionado a la salud y la seguridad de niños durante el estado de pendiente de esta aplicación.

Yo someto este testimonio, conforme a la licencia IC 12-17.4, por la siguiente razón:

PROPÓSITO (Selecione uno)	RESIDENCIA U HOGAR (Completar cuando aplique)	LOCALIZACIÓN (Completar cada renglón)	
<input type="checkbox"/> 1. Licencia residencial del cuidado de niño bajo nombre casero de la familia substituta del IC 12-17.4	<input type="checkbox"/> A. Residencia de Familia Adoptiva	Nombre del hogar o residencia	
		Dirección (numero y calle, ruta rural, etc.)	
<input type="checkbox"/> 2. Niño que coloca la licencia bajo IC 12-17.4 Cheque B y/o C	<input type="checkbox"/> B. Servicios de Adopción Caseros <input type="checkbox"/> C. Servicios de Adopción	Ciudad	
		Estado	Código Postal
		Condado en donde se localiza el hogar	
		Firma del aspirante	
Dirección (número y calle, ruta rural, ciudad, estado, y código postal)			

CERTIFICACIÓN	
Yo, _____, por medio de la presente certifico, bajo pena de perjurio, que soy el aspirante susodicho, que he elaborado personalmente la declaración precedente, y que la misma es verdadera según mi leal saber y entender y creencia.	
Firma del aspirante	Fecha (mes, día, año)
Nombre impreso del aspirante	